National Institute on Drug Abuse
Advancing Addiction Science

Policy Brief
Revised Agosto 2019

¿Es inocuo consumir marihuana durante el embarazo o la lactancia?

Los índices de consumo de marihuana durante el embarazo están aumentando

Hasta el momento, no hay medicamentos derivados de la marihuana autorizados por la FDA para tratar las afecciones asociadas con el embarazo, incluidas las náuseas. Sin embargo, la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo entre las mujeres embarazadas, y los índices se han duplicado desde 2002.[1]

- Las mujeres embarazadas reportan consumir marihuana principalmente para tratar por su propia cuenta la depresión, la ansiedad, el estrés, el dolor, las náuseas y los vómitos;[2,3] el uso más frecuente es durante el primer trimestre[1,4] y por mujeres con náuseas intensas.[5,6]
- Aproximadamente el 7% de las mujeres embarazadas dicen que consumen marihuana, y los índices llegan al 10% en las mujeres de entre 18 y 25 años. Los índices basados en los análisis de orina son aún más altos, con resultados positivos de consumo de marihuana para el 19% de las mujeres embarazadas de entre 18 y 25 años.

El sistema endocannabinoide

La marihuana contiene cientos de sustancias químicas, entre ellas ?-9-tetrahidrocannabinol (THC) y otros cannabinoides. El THC —el principal componente psicoactivo de la marihuana y el que causa la sensación de euforia o *high*— está asociado con la mayoría de los efectos que normalmente se vinculan con la marihuana.

- El THC interactúa con un sistema de señalización distribuido en todo el cerebro y en otras áreas del cuerpo conocido como *sistema endocannabinoide*.
- Este sistema participa en la regulación del dolor, las náuseas y el apetito, entre otros. También desempeña un papel importante en el embarazo (implantación y mantenimiento de la placenta) y en el desarrollo del cerebro durante la gestación.
- Dado que el THC perturba el funcionamiento normal del sistema endocannabinoide, puede tener efectos duraderos en el desarrollo prenatal.

Recomendaciones para los proveedores de servicios médicos[21,36]

- Indagar sobre el consumo de drogas. Se deberían realizar pruebas de consumo de drogas antes y durante el embarazo.
- Alentar a las mujeres embarazadas que consumen marihuana a que dejen de hacerlo. Referirlas a los recursos apropiados para ayudarlas a dejar de consumir la droga, si fuera necesario.
- Las mujeres embarazadas que consumen marihuana para tratar náuseas y vómitos o por algún otro trastorno médico durante el embarazo deben recibir información sobre la falta de datos relativos a la inocuidad y a la eficacia en mujeres embarazadas, y los posibles efectos nocivos del THC en el feto en desarrollo. Se recomienda referirlas a su ginecólogo/obstetra para tratamientos alternativos para los cuales existan datos de inocuidad específicos para el embarazo.
- Recomendar que las mujeres no consuman marihuana durante la lactancia. La marihuana llega al bebé a través de la leche materna y puede tener efectos perjudiciales en el desarrollo neurológico temprano.
- Ofrecer asesoramiento, pero no cancelar el apoyo durante la lactancia ni ningún otro tipo de apoyo médico.

Efectos sobre la salud

Los efectos sobre la salud de la exposición a la marihuana durante el embarazo y la lactancia no están bien establecidos. En estudios con personas, puede resultar difícil desentrelazar los múltiples factores de riesgo y de protección que afectan el desenlace del feto y del bebé recién nacido. La

exposición a otras drogas (ver “Cuando se consumen varias drogas” más adelante) y factores como la nutrición, la atención prenatal, el apoyo familiar y el estrés, entre otros, pueden ser influencias importantes en la salud del bebé. Además, muchos estudios se basan en medidas de consumo reportadas por las mismas pacientes, quienes con frecuencia lo subestiman.

Es necesario realizar más investigaciones sobre los efectos de salud asociados con la exposición a la marihuana durante el embarazo y la lactancia, en particular estudios que examinen los efectos de los productos de marihuana que consumen las mujeres actualmente, las pautas de consumo y el consumo adicional de otras drogas. No obstante, la información que ya tenemos exhorta a la precaución, dado que el sistema endocannabinoide guía el desarrollo neurológico y los cannabinoides que se consumen durante el embarazo pueden llegar al cerebro del feto.[8-10]

- El THC atraviesa la placenta, ingresa en el cerebro del feto y se transfiere al recién nacido a través de la leche materna.[11,12]
- En animales, concentraciones moderadas de THC administradas a las madres embarazadas o lactantes pueden tener efectos duraderos en sus crías, entre ellos mayor sensibilidad al estrés, pautas anormales de interacción social y preferencia por otras drogas con el paso del tiempo.[13,14]
- La exposición prenatal a la marihuana está vinculada con poco peso al nacer.[15]
- El consumo de marihuana durante el embarazo está asociado con una mayor probabilidad de que un bebé ingrese a una unidad de cuidados intensivos neonatales,[16] tenga más sobresaltos y temblores, tenga pautas de sueño alteradas y nazca en forma prematura.[17-20] Es necesario realizar más investigaciones para determinar si estas asociaciones persisten cuando se consideran los factores de desviación.[21-23]
- La exposición prenatal a la marihuana está asociada con vulnerabilidades neurocognitivas en niños y adolescentes,[19] entre ellas la disminución de la función ejecutiva (resolución de problemas, atención sostenida y memoria de corto plazo);[24-26] problemas conductuales (impulsividad e hiperactividad);[27] menores logros académicos,[28,29] y niveles más altos de síntomas depresivos autorreportados.[30]

La investigación adicional es crítica para entender completamente de qué modo el consumo de marihuana durante el embarazo y la lactancia afecta a la madre, al feto en desarrollo y al niño.

Cuando se consumen varias drogas

Separar los efectos sobre el desarrollo que tiene la exposición prenatal a la marihuana de los efectos que tiene la exposición a otras drogas es difícil porque muchas mujeres que consumen marihuana durante el embarazo también consumen otras sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas).[21,23,24] Numerosos estudios han hallado que la exposición prenatal a múltiples drogas causa efectos nocivos en los bebés.

- El consumo de tabaco y marihuana de las mujeres embarazadas está asociado con menor peso al nacer, tamaño pequeño del bebé en relación con la edad gestacional, circunferencia pequeña de la cabeza y otros defectos congénitos en los bebés.[16,31]
- En comparación con los niños de mujeres que no consumen múltiples drogas, los hijos de mujeres que consumen múltiples drogas en forma crónica son más propensos a sufrir de un trastorno por consumo de drogas para cuando alcanzan la adultez temprana.[32]

Percepción de inocuidad

Las mujeres embarazadas son más propensas a dejar de consumir marihuana si perciben que es nociva, pero varios factores —tales como la legalización estatal, la aceptación social y los conceptos erróneos sobre los riesgos para la salud— están aumentando la percepción de que la marihuana es inocua.[21,33,34]

- Las mujeres reportan que tienen necesidad de recursos y de comunicación con los proveedores de atención médica sobre los riesgos del consumo de marihuana durante el embarazo. Cuando las mujeres no reciben recursos o consejos del proveedor de atención médica, pueden interpretar ese silencio como una indicación de que la marihuana no presenta riesgos.[34]
- En un estudio de los dispensarios de marihuana en Colorado, el 70% de esos establecimientos recomendaron productos de marihuana para tratar las náuseas en el primer trimestre. Solo uno de cada tres dispensarios fomentó la conversación con el proveedor de atención médica sin que el cliente lo pidiera.[35]

Información adicional

Si usted o una mujer que usted conoce está embarazada y consume drogas, como marihuana, o tiene un trastorno por consumo de drogas:

- Hable con su médico sobre los riesgos y las opciones de tratamiento.

- Consulte el localizador de tratamientos de SAMHSA y la página de búsqueda de centros de salud de HRSA (ambos en inglés) para identificar servicios de tratamiento en su área.
- Visite las siguientes páginas del NIDA para obtener más información: Reporte de investigación sobre la marihuana y Substance Use While Pregnant and Breastfeeding (en inglés).

Fuentes:

1. Quality. Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. 2018.
2. Brown QL, Sarvet AL, Shmulewitz D, Martins SS, Wall MM, Hasin DS. Trends in Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women, 2002-2014. *JAMA*. 2017;317(2):207-209.
3. Mark K, Gryczynski J, Axenfeld E, Schwartz RP, Terplan M. Pregnant Women's Current and Intended Cannabis Use in Relation to Their Views Toward Legalization and Knowledge of Potential Harm. *J Addict Med*. 2017;11(3):211-216.
4. Volkow ND, Han B, Compton WM, Blanco C. Marijuana Use During Stages of Pregnancy in the United States. *Annals of internal medicine*. 2017;166(10):763-764.
5. Young-Wolff KC, Sarovar V, Tucker L, et al. Association of nausea and vomiting in pregnancy with prenatal marijuana use. *JAMA Internal Medicine*. 2018.
6. Roberson EK, Patrick WK, Hurwitz EL. Marijuana use and maternal experiences of severe nausea during pregnancy in Hawai'i. *Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*. 2014;73(9):283-287.
7. Young-Wolff KC, Tucker LY, Alexeeff S, et al. Trends in Self-reported and Biochemically Tested Marijuana Use Among Pregnant Females in California From 2009-2016. *JAMA*. 2017;318(24):2490-2491.
8. Stickrath E. Marijuana Use in Pregnancy: An Updated Look at Marijuana Use and Its Impact on Pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2019;62(1):185-190.
9. Metz TD, Stickrath EH. Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;213(6):761-778.
10. Weiss SRB, Howlett KD, Baler RD. Building smart cannabis policy from the science up. *Int J Drug Policy*. 2017;42:39-49.
11. Kim J, de Castro A, Lendoiro E, Cruz-Landeira A, Lopez-Rivadulla M, Concheiro M. Detection of in

utero cannabis exposure by umbilical cord analysis. *Drug testing and analysis*. 2018;10(4):636-643.

12. Bertrand KA, Hanan NJ, Honerkamp-Smith G, Best BM, Chambers CD. Marijuana Use by Breastfeeding Mothers and Cannabinoid Concentrations in Breast Milk. *Pediatrics*. 2018;142(3).
13. Schneider M. Cannabis use in pregnancy and early life and its consequences: animal models. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2009;259(7):383-393.
14. Szutorisz H, Hurd YL. High times for cannabis: Epigenetic imprint and its legacy on brain and behavior. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2018;85:93-101.
15. National Academies of Sciences E, Medicine. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington, DC: The National Academies Press; 2017.
16. Gunn JKL, Rosales CB, Center KE, et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(4).
17. Fried PA, Makin JE. Neonatal behavioural correlates of prenatal exposure to marihuana, cigarettes and alcohol in a low risk population. *Neurotoxicol Teratol*. 1987;9(1):1-7.
18. Fried PA, Watkinson B, Dillon RF, Dulberg CS. Neonatal neurological status in a low-risk population after prenatal exposure to cigarettes, marijuana, and alcohol. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*. 1987;8(6):318-326.
19. McLemore GL, Richardson KA. Data from three prospective longitudinal human cohorts of prenatal marijuana exposure and offspring outcomes from the fetal period through young adulthood. *Data in brief*. 2016;9:753-757.
20. Corsi DJ, Walsh L, Weiss D, et al. Association Between Self-reported Prenatal Cannabis Use and Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes. *JAMA*. 2019.
21. Ryan SA, Ammerman SD, O'Connor ME. Marijuana Use During Pregnancy and Breastfeeding: Implications for Neonatal and Childhood Outcomes. *Pediatrics*. 2018;142(3).
22. Conner SN, Bedell V, Lipsey K, Macones GA, Cahill AG, Tuuli MG. Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2016;128(4):713-723.
23. Crume TL, Juhl AL, Brooks-Russell A, Hall KE, Wymore E, Borgelt LM. Cannabis Use During the Perinatal Period in a State With Legalized Recreational and Medical Marijuana: The Association Between Maternal Characteristics, Breastfeeding Patterns, and Neonatal Outcomes. *J Pediatr*. 2018;197:90-96.

24. Richardson GA, Ryan C, Willford J, Day NL, Goldschmidt L. Prenatal alcohol and marijuana exposure: effects on neuropsychological outcomes at 10 years. *Neurotoxicol Teratol*. 2002;24(3):309-320.

25. Fried PA, Watkinson B. 36- and 48-month neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes, and alcohol. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*. 1990;11(2):49-58.

26. Wu CS, Jew CP, Lu HC. Lasting impacts of prenatal cannabis exposure and the role of endogenous cannabinoids in the developing brain. *Future neurology*. 2011;6(4):459-480.

27. Goldschmidt L, Day NL, Richardson GA. Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicol Teratol*. 2000;22(3):325-336.

28. Goldschmidt L. *School achievement in 14-year-old youths prenatally exposed to marijuana*. 2012;34(1):161-167.

29. Fried PA, Watkinson B. Differential effects on facets of attention in adolescents prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicol Teratol*. 2001;23(5):421-430.

30. Gray KA, Day NL, Leech S, Richardson GA. Prenatal marijuana exposure: effect on child depressive symptoms at ten years of age. *Neurotoxicol Teratol*. 2005;27(3):439-448.

31. Coleman-Cowger VH, Oga EA, Peters EN, Mark K. Prevalence and associated birth outcomes of co-use of Cannabis and tobacco cigarettes during pregnancy. *Neurotoxicol Teratol*. 2018;68:84-90.

32. De Genna NM, Goldschmidt L, Richardson GA, Cornelius MD, Day NL. Trajectories of pre- and postnatal co-use of cannabis and tobacco predict co-use and drug use disorders in adult offspring. *Neurotoxicol Teratol*. 2018;70:10-17.

33. Cook JL, Green CR, de la Ronde S, et al. Screening and Management of Substance Use in Pregnancy: A Review. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2017;39(10):897-905.

34. Bayrampour H, Zahradnik M, Lisonkova S, Janssen P. Women's perspectives about cannabis use during pregnancy and the postpartum period: An integrative review. *Preventive medicine*. 2019;119:17-23.

35. Dickson B, Mansfield C, Guiahi M, et al. Recommendations From Cannabis Dispensaries About First-Trimester Cannabis Use. *Obstet Gynecol*. 2018;131(6):1031-1038.

36. Marijuana use during pregnancy and lactation. Committee Opinion No. 722. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e205–9.

*Esta publicación está disponible para su uso y puede ser reproducida **en su totalidad** sin pedir autorización al NIDA. Se agradece la citación de la fuente de la siguiente manera: Fuente: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.*